



Natália Oliveira
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO

Outorgante: Antônio Geraldo da Silva

Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Viúvo

RG: 1.093.883-2 CPF: 451.611.354-68

Endereço: R. Euclides Carolino Lima 145 casa 40 - Santa Rosa
Campina Grande - PB

Outorgada: **NATÁLIA JULIANA OLIVEIRA MENESES**, brasileira, solteira, advogada inscrita na **OAB/PB** sob nº. **21.108**, e **RODRIGO TOMAZ DA SILVA**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na **OAB/PB** **23.365**, ambos com endereço profissional à Rua Lino Gomes da Silva, 127, Edifício Art, 1º andar, Sala 05, Centro, na cidade de Campina Grande - PB, onde recebe notificações, intimações e outros expedientes judiciais.

Poderes: representar o outorgante e defender seus interesses perante órgãos ou repartições públicas municipais, estaduais ou federais e também perante qualquer juiz, instância ou tribunal, com os poderes da cláusula ad judicium, podendo propor as ações que julgar necessárias, apresentar defesas e recursos, impetrar medidas preventivas ou assecuratórias, confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, substabelecer com ou sem reservas de iguais poderes, usando de todos os meios juridicamente admitidos para o bom e fiel cumprimento do presente mandato.

Campina Grande - PB, 30 de Dezembro de 2018.

Antônio Geraldo da Silva

(Outorgante)



DECLARAÇÃO DE POBREZA

DECLARANTE: Antonio Geraldo da Silva

Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: viúvo

RG: 1.093.883 CPF: 453.633.354-68

Endereço: Eusébio Carolina Lima, 145 casa 40 - Santa Rosa
Campina Grande - PB

Declaro que não possuo condições financeiras de suportar as custas e despesas processuais decorrentes dessa demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e do grupo familiar, afirmando ser pobre na forma da lei e requerendo o benefício da justiça gratuita, nos termos do artigo 4º da Lei 1.060/50.

Declaro ainda ser conhecedor (a) das sanções penais às quais estarei sujeito (a), caso seja falsa a situação econômica acima discorrida.

Campina Grande - PB, 30 de Dezembro de 2018.

Antonio Geraldo da Silva

DECLARANTE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.093.883 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 16/11/2006

NOME ANTONIO GERALDO DA SILVA

FILIAÇÃO JOSÉ GERALDO DA SILVA
MARIA ANA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE LAGOA SECA-PB DATA DE NASCIMENTO 23/08/1941

DOC ORISEM NASC.N.2884 FLS.S187 LIV.07-A
CARTORIO LAGOA SECA-PB

CPF 451.611.354-68

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 23/08/85

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA V-02

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-234

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

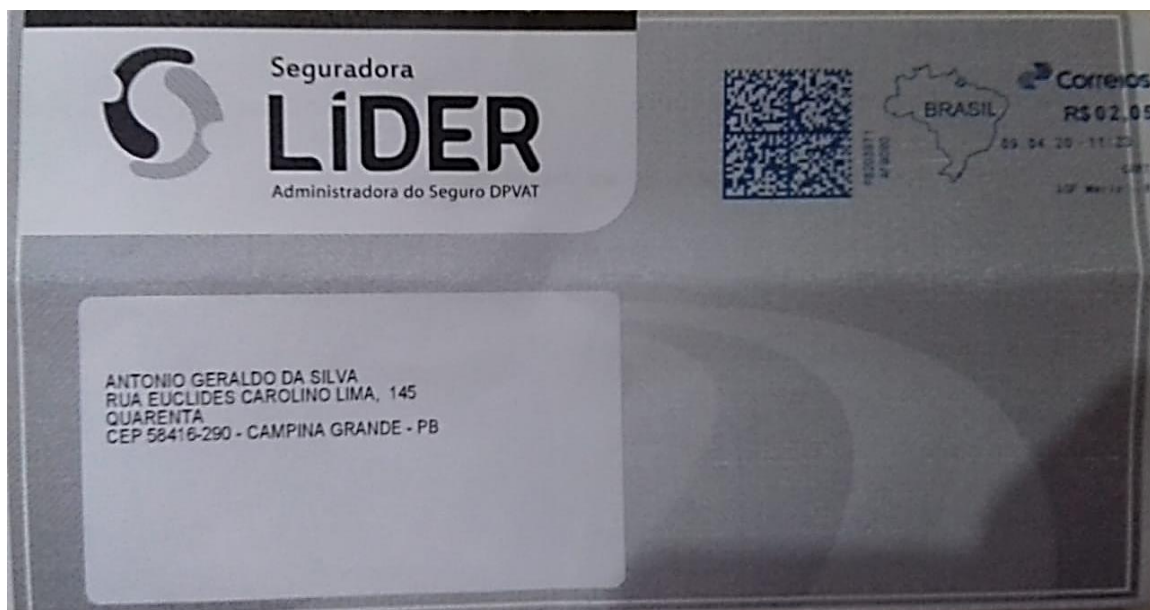
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

MAIOR DE 65 ANOS

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE





SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

TESTEMUNHA

Nome: Ailton da Silva Guedes
Conhecido por: Não informado
Filiação: Josefa da Silva Guedes e José Guedes do Nascimento
Idade: 53 **Data de Nascimento:** 05/12/1964 **Identidade de Gênero:** Não informado
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: Não informado
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Segurança
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 456.464.304-53
Endereço: Rua José Peixoto, 55, Centenário, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98632-9026

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) **Moto**, marca Honda, modelo CG 150 TITAN ESD, tipo de veículo Motocicleta, cor vermelha, ano 2015, placa OFH-3083, chassi 9C2KC1650FR017178, renavam 01041527796

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, ia de pé na rua Do Sol, bairro do Jardim Quarenta, momento em que o piloto da motocicleta Honda/CG 150 TITAN ESD, Ano/Modelo 2015/2015, cor vermelha, Placa OFH-3083-PB, Chassi de Nº 9C2KC1650FR017178, licenciada em nome de Gidalvo Rodrigues da Cunha Júnior, que vinha em sentido contrário e atingiu a vítima atropelando jogando contra o solo, tendo a vítima caído ao solo e sofrido fratura da Tibia e Fíbula na perna direita e fratura no braço direito, conforme prontuário em anexo, sendo socorrida pelo Corpo de bombeiros e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 19 de fevereiro de 2018.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES

Delegado(a) de Polícia Civil

ANTONIO GERALDO DA SILVA

Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR

Escrivão de Polícia

Procedimento Policial: 00049.01.2018.2.00.420



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº00049.01.2018.2.00.420



OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 18/08/2017

Hora: 08:13:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua do Sol, Jardim Quarenta, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

VITIMA	Nome: Antonio Geraldo da Silva
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Maria Ana da Conceição e José Geraldo da Silva
	Idade: 76 Data de Nascimento: 23/08/1941 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Lagoa Seca
	Estado Civil: viuvo(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Aposentado
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 451.611.354-68
	Endereço: Rua Euclides Carolino Lima, 145, Santa Rosa, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
TESTEMUNHA	Telefone: (83) 99144-8791
	Nome: Antonio de Lima Araújo
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Maria de Lourdes Lima Araújo e Anizio de Souza Araújo
	Idade: 66 Data de Nascimento: 25/10/1951 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Soledade
	Estado Civil: casado(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Motorista
	Documentos(s) de Identificação: RG nº 253514 SSP/PB
	Endereço: Rua da República, 212, Centenário, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
	Telefone: (83) 98855-3125

Procedimento Policial: 00049.01.2018.2.00.420





Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

* Transfere o diagnóstico de melhora
 * Transfere secundária / ou erro
 de genética diagn.

Paciente	Antonio Genildo da Silva	Alojamento	10	Leito	1	Convênio	
----------	--------------------------	------------	----	-------	---	----------	--

[illegible]

MOD. 035



[illegible]

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Fx fibril D
Fx intestinais

Paciente: Antônio Guedes Alojamento: Leito: Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
19/8	1 DIETA LIVRE		
	2 SRL 1500ML EV 24H		
	4 DIPIRONA 2ML EV 6/6H		
	5 OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM		
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H S/N		
	7 NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H S/N		
	8 CETOPROFENO 1 FA + AD EV 12/12H S/N		
	9 CLEXANE 40 UI- SC 1x/DIA		
	10 SSVV + CCGG		
	11		
	12		
	13		
	14		
	15		
	16		
	17		
	18		
	19		

MOD. 035



[illegible]

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP: ON

Fu. t. b. z. P
+ antebraço

Paciente: Antônio Geraldo Alojamento: 333 Leito: 2 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
25/8	1 DIETA LIVRE		
	2 SF 0,9% 1500ML EV 24H	12 22 32	#ORTOPEDIA# DIH: °
D	X CLINDA 600 MG EV 6/6 H		BEG, estável.
D	X GENTA 240 mg EV 1X/DIA		Sem intercorrências
	6 DIPIRONA 2ML EV 6/6H	18 24 30	Diurese + Evoluções
	7 OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM		# CD: RPM
	8 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H S/N		
	9 NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H S/N		
	10 TILATIL 20 mg + AD - EV 12/12h S/N		
	11 CLEXANE 40 UI- SC 1x/DIA	20	
	12 CURATIVO 1 X DIA		
	13 SSVV + CCGG		

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9966

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia

MOD. 035



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
							Doente sem intercorrências Rodrigos 5500 e 000 Indicador negativo puerícia, Signo sig estado de calma Sign Respon qualq	



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
21			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
21	1. Dieta <i>lms</i>	<i>cha</i>	3º DH
	2. SRL 1500ml EV/24h	<i>cha</i>	
8	3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	<i>cha</i>	
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h <i>(Susp)</i>	<i>cha</i>	<i>Bem</i>
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	<i>cha</i>	<i>Don + 14+</i>
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	<i>cha</i>	<i>Fte</i>
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN	<i>cha</i>	<i>Fte</i>
	8. Clexane 40mg SC/dia	<i>cha</i>	<i>Fte</i>
	9. SSVV + CCGG	<i>cha</i>	<i>Fte</i>
	<i>Clinda 600-4 10 6/6hs</i>	<i>cha</i>	<i>Fte</i>
	<i>Reativo</i>	<i>cha</i>	<i>Fte</i>
			<i>Epitálise</i>
			<i>Pix-op</i>

JOHANNA SUELEN DE ABREU
ORTOPEDISTA ORTODONTOLÓGICA
CRM-PB 69550 REG. 11502



Data 21.08.17 Hora 07:20 Pz 120x80. Paciente está consciente e orientado
pedir aos cuidados da enfermagem
de queixa no momento. M.S.P.M.

Ana Rita Ricardo da Silva
Téc. Enfermagem
COREN-PB 432.154



22.08- PA= 120x60 Pac. evolui consciente, orientado
MEPU, em renoclese, feto ciorati
segue expnelo, ativo, hidratado
e as cuidados da enfermagem

Nu. 11100 da Silva
TEC. DE ENFERMAGEM
COREN-PB 746.033

$\frac{22}{08}$
 $\frac{17}{17}$ 22:00 Paciente no momento não
refere queixas, medicado
c.p. segue em obs. filias



3.2 OK

fx uma ①
fx outra ①

DIAGNÓSTICO

Antonio

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
23	1. Dieta LRS (3800 kJ 24.00h)		
8	2. SRL 1500ml EV/24h	14 24 06	5.00h
	3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	14 24 06	
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h SUSP	14 24 06	
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	06	Estômago, no leite
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN		
	8. Clexane 40mg SC/dia SUSPENSO	18	Tubo ①
	9. SSVV + CCGG	18	Lesões na pele em M.S.
	Curativo 2x/dia	Atenção	
	Mio elendo	Atenção	Mio el
	2. Firmamento 1g to 12/12h	18 06	

COPIA DESTA FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO DEVE SER ENVIADA PARA O SERVIÇO DE ENFERMAGEM PARA ARQUIVAMENTO



23/10/17

PA: 130x60

paralela com o eixo orientado
medida de conformação por eixo
med. cr.

[Handwritten signature]

01/10/17

(130 x 60) 01/10/17

que

que

que

que

que



24/08/17 Pa. 130/8.0

paciente consciente orientado,
realizado SSUJ, segue aos cuidados
de Enfermagem!

S. Pan





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente <i>Antônio Gessold de Silva</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>24/08/72</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Eldimar</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Hallison</i>		
2º Auxiliar <i>Dr. Júlio</i>	3º Auxiliar <i>Dr. Yway</i>	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fx segmentar tíbia D + Infecção Fx</i>			
Tipo de Operação <i>Fixação externa + Desbridamento</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>0 meses</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>9</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>Sim</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) Acesso em DDH sob anestesia
- 2) Anestesia e antisepsia
- 3) Aplicação de campos estéril
- 4) Colocação de fixador externo de tíbia em MIP sob auxílio de escopio
- 5) Desbridamento de tecido necrótico e desvascularizado perna D
- 6) Lavagem (1 SF 0,9%).
- 7) Curativo

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 9966

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





Ricardinho
04/09/2020 às 16:08



GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Flávio C. da Silva

foi atendido (às) hoje, às _____ (_____) horas, necessitando de 180 (ento e oitenta) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S52 + S82

Campina Grande, 18 / 08 / 17

Elisimar J. de Araújo
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião de Quadril
CRM 6080 TETO 11502

Assinatura do Médico - CRM N° _____

End.: Av. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF:
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$2.500,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reunindo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou netos/netas? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a roga/o pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/o pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a roga/o pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

V002/2019

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.
É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

02 a 16 Registro de informações cadastrais Preencher corretamente de acordo com a documentação.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura invalidez Permanente. Assinalar a opção que melhor justifique a ausência de apresentação de Laudo do Instituto Médico Legal (IML).
----	--	---

MORTE

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a rogo/a pedido.
36	CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a rogo/a pedido.
37	Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu rogo/a pedido, na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura do Pedido do Seguro DPVAT.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível para a cobertura de morte e para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

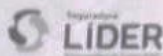
ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4025-1595 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 08. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200128699

Vítima: ANTONIO GERALDO DA SILVA

Data do Acidente: 18/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO GERALDO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 259,45
Juros:	R\$ 113,93
Total creditado:	R\$ 2.735,88

Dano: Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =

R\$ 2.362,50

Recebedor: ANTONIO GERALDO DA SILVA

Valor: R\$ 2.735,88

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 000000016723-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retomar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PODER JUDICIÁRIO

ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE CAMPINA GRANDE – 10ª VARA CÍVEL

Processo nº 0829927-83.2020.8.15.0001

DESPACHO

Visto etc.

1. Defiro os benefícios da Justiça Gratuita.

2. Tendo em vista que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial para que as partes encontrem estímulos para se conciliar, à luz do princípio da duração razoável do processo e da eficiência, art. 5º, XXXVI, da CF e art. 8º cc. 139, II, ambos do NCPC, deixo de designar a incontinenti audiência de conciliação do art. 334 do NCPC, que poderá ser aprazada em outro momento, na forma do art. 139, V, deste Diploma.

3. **CITE-SE** a parte requerida, por carta com AR, para contestar no prazo de 15 (quinze) dias, nos termos do art. 335 do NCPC, sob pena, não o fazendo, ser considerada revel (art. 344 do NCPC). Voltando o AR negativo, cite-se por oficial de justiça, uma vez recolhidas as custas respectivas, se for o caso, inclusive intimando-se para tanto, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de indeferimento da inicial.

4. Apresentada contestação, CONCLUSOS PARA DESIGNAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA.

Diligências necessárias.

Campina Grande, 03 de dezembro de 2020

Wladimir Alcibiades Marinho Falcão Cunha

Juiz de Direito



Poder Judiciário da Paraíba
10ª Vara Cível de Campina Grande

()

Nº do processo: 0829927-83.2020.8.15.0001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto(s): [Seguro, Acidente de Trânsito]

MANDADO DE CITAÇÃO

O MM. Juiz de Direito da 10ª Vara Cível de Campina Grande manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, **CITE-SE** a parte Ré **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, de todo o teor da exordial (ID nº 37144624), e para querendo oferecer resposta, no prazo de 15(quinze) dias. Advirta-se, outrossim, de que em não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial, constantes do ID nº 37144624 .

Campina Grande, em 25 de janeiro de 2021.

De ordem, RAFAEL SILVA DE MEDEIROS

Analista Judiciário

Matrícula nº 477.527-9

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:

<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:

XXXXXXXXXXXXXX

